  

 FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W RAMACH PROGRAMU „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW WGMINIE LESZNOWOLA” NA ROK 2023
MODUŁ II TZW. „OPIEKA NA ODLEGŁOŚĆ”

I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ****(PROSZE********WYPEŁNIĆ********DRUKOWANYMI********LITERAMI)**** | ****IMIĘ**** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ****IMIĘ I NAZWISKO**** |  |
| ****PESEL**** |  | ****DATA URODZENIA**** |  |
| ****TELEFON********KONTAKTOWY**** |  | ****E-MAIL (jeśli posiada Pan/Pani)**** |  |
| ****POWIAT**** |  | ****GMINA**** |  |
| ****MIEJSCOWOŚĆ**** |  | ****KOD POCZTOWY**** |  |
| ****ULICA/NR********BUDYNKU/NR********LOKALU**** |  |

****II CZĘŚĆ – MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU W PROGRAMIE****

****Proszę podkreślić jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria.****

****UWAGA! PONIŻSZE KRYTERIA NALEŻY SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE!!!****

1) Mieszkam na terenie gminy Lesznowola.

2) Jestem w wieku powyżej 65 lat.

3)Wykazuję problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia.

III CZĘŚĆ – INFORMACJE O STANIE ZDROWIA

****Istotne informacje o stanie zdrowia dla służb ratunkowych**** (choroby np. sercowo- naczyniowe, cukrzyca, nadciśnienie, nowotwór obecnie leczony, alergie, astma, inne; rodzaje przyjmowanych leków: tabletki, zastrzyki, insulina; rodzaj diety (w tym PEG); inne ważne)

……………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

****Informacje o niepełnosprawności:**** Czy osoba posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?

****O Tak****

****O Nie****

Jeśli tak proszę podać:

stopień niepełnosprawności (niewłaściwe skreślić) : lekki / umiarkowany/znaczny

rodzaj dysfunkcji:

Orzeczenie zostało wydane (niewłaściwe skreślić) na stałe/czas określony do dnia …………………………

IV.OCENA SYTUACJI ŻYCIOWEJ KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROGRAMU ORAZ DANE JEJ OPIEKUNÓW LUB CZŁONKÓW RODZINY

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ****Sytuacja rodzinna**** | ****Tak**** | ****Nie**** |
| Osoba samotna/ osoba samotnie gospodarująca |  |  |
| Czy osoba zamieszkuje wspólnie z rodziną ? |  |  |
| Czy osoba posiada rodzinę mieszkającą w tej samej miejscowości lub w okolicy ? |  |  |
| Czy osoba posiada sąsiadów, z którymi utrzymuje stały kontakt w najbliższym otoczeniu (do 0,5 km)? |  |  |

****Dane kontaktowe do opiekunów/ członków rodziny:****

1. Imię, nazwisko …………………………………………………………………………………………………………………………

 Adres ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Telefon kontaktowy …………………………. Telefon kontaktowy ………………………….

1. Imię, nazwisko……………………………………………………………………………………………………………….

Adres……………………………………………………………………………………………………………………………..

**Telefon kontaktowy …………………………. Telefon kontaktowy ………………………….**

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OSÓB KORZYSTAJĄCYCH Z USŁUG:**

 Informujemy iż:

1. Administratorem Danych Osobowych jest: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej reprezentowany przez Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lesznowoli.

Siedziba Administratora Danych Osobowych: 05-506 Lesznowola, ul. Gminna 66

Tel. (22) 2 ,adres e-mail: gops@gops-lesznowola.pl

2.Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych z którym można się skontaktować: mail a.grzeszczuk@polguard.pl, adres do korespondencji: Inspektor ochrony danych, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lesznowoli, ul. Gminna 66, (05-506) Lesznowola.

3. Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych jest art. 6 ust 1 lit c) i e) a także art. 9 ust 2 lit g) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO). Oznacza to, że Państwa dane będą przetwarzane w celu świadczenia usługi w związku z zadaniem realizowanym w interesie publicznym oraz wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych wynikającego między innymi z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

​4. W celu skorzystania z usługi podanie danych jest obowiązkowe. Brak podania danych skutkować będzie brakiem możliwości skorzystania z usług.

5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres konieczny do realizacji celu określonego w pkt 3, a po tym czasie zgodnie z terminami archiwizacji określonymi w ustawie o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w jednolitym rzeczowym wykazie akt.

6. Państwa dane mogą być przekazywane jedynie podmiotom realizującym Program „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023.

7. Każda osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz możliwości ich aktualizacji, uzupełniania, sprostowania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz jeśli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody – prawo do cofnięcia zgody. Każdy ma również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych jeżeli uważa, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa.

8. Dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu.

9. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Pouczenie

Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego.

 ………………………………… …………………………..

miejscowość, data czytelny podpis